

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1933 — N° 4

La
Clinique dermato-syphiligraphique
de la Faculté de Médecine d'Alger

Son fonctionnement - Son rôle dans la lutte antivenérienne

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 31 Mars 1933

par

AMEUR ABDERRAHMAN

Né le 15 Février 1902, à Fort-National (ALGER)

JURY

MM. RAYNAUD, <i>Professeur de clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées</i>	Président
LAFFONT, <i>Professeur de clinique obstétricale et puériculture du premier âge</i>	Juges
POROT, <i>Professeur de Pathologie générale et pathologie médicale</i>	
BENHAMOU, <i>Chargé des fonctions d'agrégé</i>	

Imp. NORD-AFRICAINE, 8, R. Drouillet, Alger.

La
Clinique dermato-syphiligraphique
de la Faculté de Médecine d'Alger

Son fonctionnement - Son rôle dans la lutte antivénérienne

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le 31 Mars 1933

par

AMEUR ABDERRAHMAN

Né le 15 Février 1902, à Fort-National (ALGER)

JURY

MM. RAYNAUD, <i>Professeur de clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées</i>	Président
LAFFONT, <i>Professeur de clinique obstétricale et puériculture du premier âge</i>	Juges
POROT, <i>Professeur de Pathologie générale et pathologie médicale</i>	
BENHAMOU, <i>Chargé des fonctions d'agrégé</i>	

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

DOYEN	}	MM. LEBLANC (F. F. I. U)
DOYEN HONORAIRE		HERAIL (F. I. U)
ASSESEUR		GILLOT (I. U)

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique	CANGE (F. I. U)
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. U)
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanée	RAYNAUD (F. F. I. U)
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (F. F. I. U)
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (F. F. I. U)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (F. F. I. U)
Clinique médicale	AUBRY (F. F. I. U)
Histologie et Embryologie	WEBER (F. F. I. U)
Anatomie pathologique	POUJOL (I. U)
Chimie biologique et médicale	MAILLARD (F. I. U)
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (O. F. C. F. I. U)
Physiologie	TOURNADE (O. F. F. I. U)
Pharmacie	MUSO (I. U)
Médecine légale	GIRAUD (F. F. I. U)
Anatomie	LEBLANC (F. F. I. U)
Microbiologie et cryptogamie	PINOY (F. I. U)
Physique médicale	PORTES (F. F. I. U)
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire	CABANES (F. F. I. U)
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (F. A. U)
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	VUNSCHENDORFF (I. U)
Botanique et matière médicale	FOURMENT (A. U. O. O. F)
Pathologie générale et pathologie médicale	POROT (I. U)
Thérapeutique	LEBON (F. F. A. U)

PROFESSEUR SANS CHAIRE

COURRIER (F) Agrégé	Histologie.
---------------------------	-------------

PROFESSEURS HONORAIRES

ARGAUD (F. I. U)	HERAIL (F. I. U)
------------------	------------------

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes	MM. FUSTER (F. I. U)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ABOULKER (F. F.)

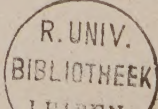
AGRÉGÉS

Chirurgie	}	DUBOUCHER (I. U)
		FERRARI (I. U)
		MOGGI (F)
Médecine		N...
Physiologie		N...
Anatomie		HERMANN (F. A. F. O)
Chimie médicale		RIBET (F. A. U)
Obstétrique		N...
Histoire naturelle pharmaceutique		HOUEL (F. F. A. U)
		N...

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie	BATTEZ.
-------------------	---------

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.



A LA MEMOIRE DE MON GRAND PERE

SI MOULA N'AIT OU AMEUR

A MON PERE ET A MA MERE

*Faible témoignage de ma profonde
affection et de mon éternelle recon-
naissance pour les sacrifices qu'ils se
sont imposés.*

A MES FRERES ET SŒURS

*Témoignage affectueux de mon
fervent amour fraternel.*

A MES COUSINS

OUSEDDIK

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur RAYNAUD

*Professeur de la clinique des maladies syphilitiques
et cutanées et des maladies des pays chauds.*

C'est dans son service et sous sa direction que nous avons pu élaborer cette thèse. Il nous a inspiré le sujet et nous lui devons les éléments de ce travail.

En nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre jury, il couronne une longue période de formation où nous avons tout acquis de ses exposés magistraux et de son enseignement clinique si clair et si précis.

Qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre gratitude et l'assurance de notre dévouement.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur LAFFONT

*Professeur de clinique obstétricale et de
puériculture du premier âge.*

*Nous ne pouvons nous rappeler sans
une vive émotion le charme de l'ac-
cueil qu'il nous a toujours réservé
dans son beau service et tout ce que
nous devons à son exemple personnel
et à la valeur de son enseignement.*

*Nous ne pourrions trop lui affirmer
la force de notre attachement.*

Monsieur le Professeur POROT

*Professeur de pathologie générale et de pathologie
médicale*

Monsieur le Professeur BENHAMOU

Chargé des fonctions d'agrégé

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur BERAUD
Chef de laboratoire à la faculté

A Monsieur le Docteur COLONIEU
*Ex-Chef de clinique à la faculté, médecin assistant
de dermato-vénéréologie.*

A Monsieur le Docteur HADIDA
*Ex-Chef de clinique à la faculté, médecin assistant
de dermato-vénéréologie.*

A Monsieur le Docteur IMBERT
Chef de clinique à la faculté.

A Monsieur le Docteur ALCAY
Chef de laboratoire à la faculté

Tous, collaborateurs dévoués du professeur Maurice RAYNAUD, ils ont été pour nous des auxiliaires précieux pour l'élaboration de ce travail qui est un peu le leur. Ils forment une grande famille dont nous avons pu apprécier l'entente et la cordialité.

Qu'ils soient assurés de notre affectueuse gratitude.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DE L'HOPITAL DE MUSTAPHA

A MES AMIS LES DOCTEURS

CATTOIR

MARILL

HUGUENIN

AGOSTINI

SCALIERI

A mes camarades de la Faculté.

A tous ceux qui m'ont témoigné de la sympathie.

Je dédie cette thèse.

Introduction

Au nombre des maladies qui, par leur fréquence et leur gravité risquent de compromettre à la fois la santé de l'individu, et l'avenir de la race, et qui, à ce titre, méritent le nom de fléaux sociaux, les maladies vénériennes occupent le premier rang.

En Algérie, plus encore que dans la Métropole, ces affections, sont extrêmement répandues, et, s'il est vrai que la pathologie d'un pays soit, du moins pour une part, déterminée par les habitudes d'hygiène, les croyances religieuses, les mœurs de ses habitants, on comprend qu'en Algérie les affections dites vénériennes : syphilis, chancrelle, blennorragie, fleurissent tout particulièrement parmi l'élément autochtone.

De fait, les habitudes de vie en commun, l'inservance courante des règles de la plus élémentaire hygiène dans certains milieux indigènes favorisent au maximum la propagation de ces affections. D'autre part, l'indolence et la passivité orientales inclinent les individus qui en sont atteints à supporter avec indifférence et résignation, souvent sans même les présenter au médecin, toutes les manifestations non douloureuses de la pathologie vénérienne. Certes, devant les progrès lents mais continus de la Colonisation, les préjugés reculent, l'in-

digène prenant conscience de sa personnalité sort peu à peu de sa passivité atavique. Mais, il n'en demeure pas moins que certains facteurs ethniques rendent particulièrement difficile dans ce pays, l'organisation systématique de la lutte anti-vénérienne.

Celle-ci n'en est que plus impérieuse.

*
**

Dans le cadre de la pathologie algérienne, les affections vénériennes : syphilis, chancrèlle, blennorrhagie, occupent donc une place importante.

La syphilis, la grande maladie, le « Mèurd-el-Ke-bir » des arabes ne paraît pas avoir existé en Afrique du Nord avant le quinzième siècle. Les musulmans la désignent d'ailleurs encore sous le nom de « Maladie franque » indiquant sans doute par là qu'elle leur est venue d'Europe. Quoiqu'il en soit, favorisée par le manque d'hygiène des populations autochtones, la propagation de la vérole s'est faite dans de telles proportions que, pour certains auteurs, (Lacapère — *Syphilis Arabe*, 1923) on peut admettre que les indigènes sont infectés dans la proportion de 75%.

Le chancre mou est également très répandu en Algérie. La malpropreté corporelle lui permet le plus souvent de donner libre cours à son « esprit de famille » et d'essaimer rapidement sur le revêtement cutané. Pas, ou mal soignée, la chancrèlle prend d'ailleurs fréquemment une allure phagédénique ou bien elle se complique d'une adénite très vite fistulisée à la peau et qui ne tarde pas à se chancrelliser à son tour.

La blennorragie. — Quant au gonocoque il est « roi sur la terre d'Afrique ». De fait, il est possible, chez la plupart des malades indigènes fréquentant les consultations hospitalières, de mettre en évidence une « goutte » uréthrale contenant le diplocoque de Neisser. Le porteur de cette uréthrite passée à la chronicité ignore son mal, il se défend même d'être malade et les complications que cette infection blennorragique détermine : rétrécissement de l'urètre, stérilité de la conjointe, ophtalmie du nouveau-né, etc... sont loin d'être rapportées par lui à leur cause efficiente.

Telle est l'importance du péril vénérien en Algérie ; telles sont les raisons ethniques qui en favorisent le développement. Contre ce danger social, il appartenait aux pouvoirs publics d'organiser une lutte systématique. L'œuvre administrative en cette matière mérite d'être retracée. Mais, avant d'exposer les mesures qui ont été prises depuis l'arrivée des Français dans ce pays en vue d'organiser la lutte anti-vénérienne, il n'est pas inutile d'insister sur la précarité de l'état sanitaire de la Régence d'Alger avant l'occupation française et l'indifférence complète que portait le Gouvernement barbaresque à tout ce qui concernait l'hygiène et la santé publiques.

Au point de vue sanitaire, tout était à créer dans ce pays. Six siècles de décadence politique et scientifique nous séparaient de l'époque brillante où la médecine arabe était illustrée par les Rhazès, les Avicenne, les Abulcassis.

L'hygiène publique était totalement négligée. La vermine était maîtresse de la rue et des habitations. Il n'existait aucun hôpital, si ce n'est des sortes d'a-

siles annexés à certaines mosquées, où étaient parqués pêle-mêle les infirmes, les vieillards, les fous, dans une promiscuité et une saleté repoussantes. C'est de ces hospices indigènes ou « Moristans » qu'on a pu dire, tant ils étaient misérables, qu'ils pouvaient être considérés « plutôt comme un tombeau anticipé que comme un lieu où la douleur doit trouver quelque soulagement ».

**

Le corps de santé, au moment de l'embarquement des troupes françaises, avait bien prévu qu'il aurait à faire face à des conditions sanitaires particulièrement difficiles. Dès après la prise d'Alger, il se préoccupe de défendre les soldats contre le danger que leur faisait courir la pullulation des prostituées dans la capitale de l'empire barbaresque. C'est ainsi qu'un service de police et de salubrité fonctionne dès le 13 juillet 1830, et que, le 11 Août suivant un arrêté du Général de Bourmont, décide la création d'un dispensaire et la visite des femmes publiques. Telle est, en effet l'importance du péril vénérien à l'arrivée des troupes françaises, que sur 805 filles publiques inscrites pendant les deux premières années de l'occupation, 572 durent être évacuées sur le dispensaire nouvellement créé.

A vrai dire, l'organisation de la lutte anti-vénérienne, malgré son importance ne pouvait passer qu'au second plan des préoccupations du service de santé militaire qui avait à faire face, par ailleurs, à des épidémies incessantes et meurtrières de choléra, de variole, de dysenterie, de paludisme, de typhus. Durant cette période, toute l'assistance médi-

cale est donc confiée aux médecins du corps de santé, de même que l'organisation sanitaire toute entière est entre les mains de l'Intendance militaire. On ne dira jamais assez les éminents services rendus à l'assistance publique par le corps de santé de l'armée pendant toute la période des opérations militaires. Médecins des corps de troupes et médecins des hôpitaux rivalisent d'activité et de dévouement. Ce sont eux « ces philanthropes voyageurs » comme les appelle ARNOULD qui, pénétrant avec les soldats jusqu'aux confins du territoire apportent aux populations indigènes les bienfaits de la médecine française.

Mais toute l'organisation sanitaire et médicale des premières années de l'occupation porte la marque de l'indécision du pouvoir central. Le Gouvernement de Charles X, et après lui la Monarchie de Juillet hésitaient en effet, non seulement sur la forme à donner à l'occupation du pays, mais même sur le maintien de cette occupation, et il n'est pas inutile de rappeler à cet égard que c'est le 30 Juin 1842 seulement que l'appellation d'Algérie devint officielle pour désigner le territoire de l'ancienne Régence d'Alger.

Cependant l'administration civile installait progressivement ses services à côté de l'administration militaire. Elle prenait en charge certains hôpitaux construits par l'autorité militaire au début de l'occupation et en créait d'autres dans les grands centres. C'est ainsi qu'à Alger même le premier hôpital civil fut installé dans une caserne de Janissaires, mal restaurée, située rue Bab-Azoun et transféré par la suite dans une partie du camp de Mustapha qui avait servi pendant plusieurs années d'hôpital militaire.

Dans tous ces établissements hospitaliers rattachés à l'administration civile ou créés par elle, les soins médicaux furent pendant longtemps donnés indistinctement à toutes les catégories de malades, vénériens compris. Aucune organisation antivénérienne ne semble avoir fonctionné avant 1883.

C'est à cette époque que, par arrêté ministériel, GÉMY était chargé pour 10 ans, en qualité de médecin de l'hôpital civil de Mustapha, du cours complémentaire des maladies syphilitiques et cutanées qui venait d'être créé à l'Ecole de Médecine.

Avec le recul du temps, l'œuvre et l'influence de ce précurseur apparaissent considérables. C'est GÉMY qui a créé à l'hôpital de Mustapha le service de dermato-syphiligraphie. C'est lui qui parvient à obtenir l'édification de pavillons auxquels sont bientôt adjoints une salle de cours et un laboratoire avec salle de collections, pavillons dans lesquels il peut installer son service auparavant relégué dans des réduits sans nom.

GÉMY sut, d'autre part, mettre à profit le vaste et riche champ d'études qu'il avait sous la main, comme le prouvent et son enseignement clinique et ses publications scientifiques, lesquelles se rapportent presque toutes à son enseignement spécialisé.

En 1897, Jules BRAULT, succédant à GÉMY, était nommé professeur de la chaire des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées. BRAULT devait conduire cette chaire à des destinées brillantes. Négligeant presque entièrement l'exercice de la clientèle, il concentre toute son activité à l'enseignement et aux recherches cliniques et de laboratoire touchant plus particulièrement



Le Professeur Louis GÉMY
(1833 - 1901)



Le Professeur Jules BRAULT
(1862 - 1905)



Le Professeur Lucien RAYNAUD
(1866 - 1931)

Inspecteur Général des Services de l'Hygiène
et de la Santé publiques de l'Algérie

la pathologie exotique. De très nombreuses publications furent le fruit d'un tel labeur.

Au nom de GÉMY et de BRAULT doit être associé dans l'organisation de la lutte antivénérienne celui de Lucien RAYNAUD. En 1902, sous l'inspiration de son maître le professeur A. FOURNIER, Lucien RAYNAUD obtenait du Gouvernement Général de l'Algérie la création à l'hôpital civil de Mustapha d'une consultation-dispensaire pour les maladies cutanées et vénériennes.

Cette consultation spécialisée a permis de soigner à peu de frais un nombre considérable de malades dont l'affection ne nécessitait pas l'hospitalisation. Elle a fonctionné jusqu'en 1932, date à laquelle, à la suite du décès de Lucien RAYNAUD, l'administration supérieure a prononcé son rattachement à la chaire des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.

Par ailleurs, en sa qualité d'inspecteur général des services d'hygiène et de la médecine préventive au Gouvernement Général de l'Algérie, Lucien RAYNAUD sut, dans des circonstances parfois difficiles et avec des moyens souvent modestes, réaliser dans la colonie la protection de la santé publique. A ce titre, l'organisation de la lutte antivénérienne fut encore au premier rang de ses préoccupations.

L'œuvre de ces trois précurseurs, GÉMY, BRAULT, Lucien RAYNAUD a été continuée par le Dr. Jean MONTPELLIER qui a été chargé durant la période des hostilités (1914-1918) d'assurer le service hospitalier de la spécialité dermato-syphilitique, puis, par le professeur GILLOT qui fut titulaire de la chaire de 1919 à 1921.

Mais, toutes les initiatives, tous les efforts des médecins qui avaient pour mission de lutter contre le péril vénérien seraient peut-être restés inopérants sans l'aide qu'est venue apporter la métropole à l'Algérie sous la forme de subventions allouées à la colonie par le ministère de l'hygiène et de la prévoyance sociale. Sous l'impulsion des docteurs FAIVRE et CAVAILLON, chefs du service de prophylaxie au Ministère de l'Hygiène, le budget de la Colonie fut doté de subventions en vue de la propagande et de la vulgarisation des notions d'hygiène sociale relatives notamment aux maladies vénériennes. D'autre part, les centres antivénériens d'Algérie furent approvisionnés de produits spirillicides dont le montant est passé de 208.942 frs. en 1927 à 1.213.195 frs. en 1930.

De leur côté, les Délégations Financières inscrivent au budget de l'Algérie un crédit annuel de 800.000 francs pour la lutte contre les maladies vénériennes. C'est grâce à ces dotations que tous les centres antivénériens d'Algérie ont pu être aménagés et pourvus des produits antiluétiques nécessaires.

A Alger, en particulier, il existe toute une série d'organisations, de consultations, de dispensaires, où les vénériens trouvent des médecins et un personnel spécialisés pouvant les faire bénéficier des traitements les plus récents.

Voici la liste de ces centres antivénériens pour la ville d'Alger.

1^o Hôpital Civil de Mustapha :

Consultation BRAULT dispensaire d'Alger centre ;

Consultation de la Maternité ;

Consultation CRESPIN.

2° Alger ville.

Dispensaire d'Alger Nord, 6 avenue de la Bouzaréah ;

Clinique Indigène du Gouvernement Général (Clinique Pierre BORDES, 47, rue Marengo) ;

Clinique Municipale GÉMY ;

Centre de santé du Hamma (dispensaire d'Alger Sud).

3° Dispensaires particuliers :

a) U.F.F., 4, Rue Rolland de Bussy ;

b) S.S.B.M. 46, rue Marengo.

Il déborderait du cadre de ce travail d'envisager le fonctionnement de chacun de ces centres antivénéériens. Nous entendons limiter notre tâche, à l'étude du fonctionnement de la Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées, pour montrer le rôle de premier plan qu'elle joue dans la lutte antivénéérienne en Algérie.

Cette clinique représente en effet un organisme complet de lutte antivénéérienne avec sa consultation-dispensaire (consultation BRAULT), son service d'hospitalisation, son laboratoire, son service d'enseignement spécialisé.

La consultation-dispensaire

La consultation-dispensaire

La consultation dispensaire porte le nom de consultation BRAULT. Son développement au cours de ces 10 dernières années a nécessité la création de trois secteurs distincts fonctionnant de manière autonome sous la direction du Professeur de Clinique.

Tandis qu'en 1921 il n'existait que 2 consultations par semaine, groupant tous les malades atteints d'affections cutanées, vénériennes ou de teigne, ceux-ci sont aujourd'hui dirigés sur 3 consultations spécialisées :

La consultation de dermato syphiligraphie : les mardi, jeudi, samedi ;

La consultation de la blennorragie : lundi, mercredi, vendredi ;

La consultation du cuir chevelu : les mardi, samedi ;

Enfin il existe une installation d'agents physiques commune à ces trois secteurs.

A) La consultation dermato-syphiligraphique

La syphilis en France est la cause, chaque année de 140.000 décès. Si l'on admet que 10% d'individus sont atteints par le tréponème pâle, on peut concevoir quelle est en Algérie la part de la syphilis dans la mortalité générale, certains auteurs comme Lacapère admettant que 50 et même 75% des indigènes algériens sont contaminés par le spirochète.

De fait, on est effrayé quand on interroge systématiquement les femmes indigènes fréquentant la consultation, de constater le nombre de fausses couches, d'accouchements prématurés, de mort-nés, de morts en bas âge, qui viennent augmenter la léthalité infantile chez les arabes. Et encore, l'enfant arrivé à terme est-il appelé à supporter le poids d'une lourde hérédité. Un développement retardé, des dystrophies osseuses ou viscérales, plus tard, l'atteinte des organes sensoriels déterminant cécité ou surdité, l'apparition de gommès détruisant la cloison nasale, perforant la voûte palatine ou déterminant des fractures spontanées seront le tribut de l'avarie des parents.

La vérole existait en Afrique du Nord avant l'arrivée des Français et les dialectes possèdent tous un terme bien spécial pour désigner ces lésions tréponémiques (voir thèse de GAUTHIER) Meurd el Frandji (mal des Français) ; El adoun (l'ennemie) ;

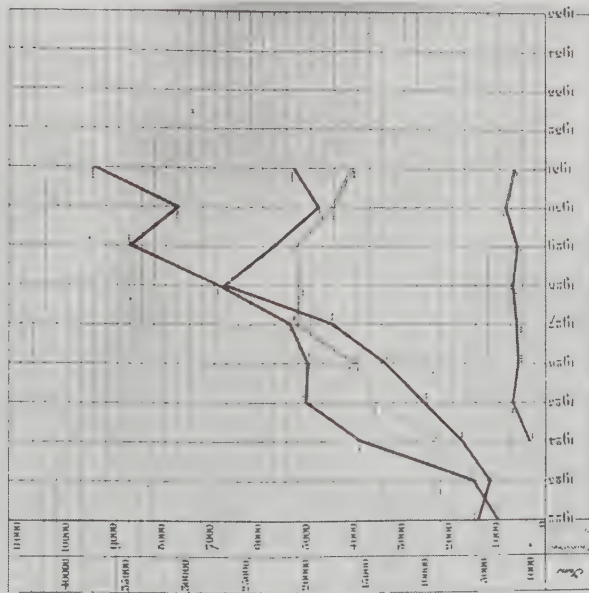
CONSULTATION BRAULT

PAVILLON FOURNIER

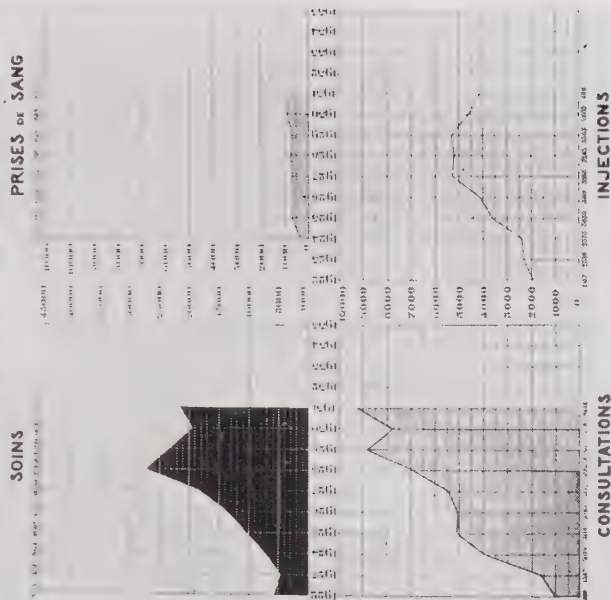


La salle de consultations

Consultations Brault SERVICE DU PROFESSEUR MAURICE RAYNAUD Statistiques des Consultations, Soins, Injections, Prises de sang



Consultations Brault SERVICE DU PROFESSEUR MAURICE RAYNAUD Statistiques des Consultations, Soins, Injections, Prises de sang



meurd el Douni (mauvaise maladie) ; menrd en ne-sa (maladie des femmes) ; nouar sultane (efflorescences du sultan) etc...

Malgré la lutte des médecins militaires et civils elle semble fleurir comme aux premiers jours. Cela tient peut-être à ce que nous savons mieux aujourd'hui par la clinique et le laboratoire dépister la maladie dans ses aspects protéiformes, peut être aussi les indigènes viennent-ils plus souvent demander secours à la médecine française.

Les affections dermatologiques sont d'observation encore plus fréquentes. Les dermatoses parasitaires sous nos climats humides ont une exubérance remarquable. L'absence d'hygiène corporelle, la promiscuité, tout concourt au développement des lésions streptococciques, staphylococciques, mycosiques, et des gales familiales. Fatalisme, climat, réaction individuelle, tout s'ajoute ou s'intrique pour compliquer l'action médicale.

L'importance et la fréquence de ces manifestations, mettant en jeu l'avenir d'une race devrait inciter la France à des efforts en vue d'une lutte raisonnée, méthodique et efficace.



Après l'action des médecins militaires, les civils à leur tour prennent possession du territoire, installent de véritables centres de santé où l'indigène reçoit gratuitement, médicaments et consultations. Le nombre des malades s'accroissant avec le temps, ces consultations ne pouvaient rester longtemps polyvalentes. Ainsi apparaissait la nécessité de la spécialisation.

En 1921, le Professeur M. RAYNAUD trouvait annexée à la chaire des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées la consultation créée par le professeur BRAULT en 1906. Cette consultation avait lieu dans un pavillon situé à côté de la salle DIDAY (actuellement utilisé par la stomatologie).

La création de cette consultation, marquée par la nécessité, de donner des soins et des conseils aux malades dont l'hospitalisation n'était pas indispensable, était une première étape dans l'organisation de la lutte antisiphilitique. Mais, rapidement l'exiguïté des locaux, l'insuffisance du matériel, l'affluence des consultants rendaient nécessaire le développement de cette consultation, son transfert dans des locaux plus vastes, et ultérieurement, comme nous l'avons déjà indiqué, sa division en secteurs indépendants.

Locaux. — Avec l'aide pécuniaire du Gouvernement Général, de l'assistance publique et de l'hôpital, il fut procédé à la construction des locaux et à leur aménagement. Un bâtiment fut édifié dont le rez de chaussée est affecté aux maladies du cuir chevelu (l'actuel pavillon SABOURAUD).

La dermato syphiligraphie en occupe le premier étage, c'est le pavillon FOURNIER.

A l'entrée, au fond du couloir se trouve la salle d'inscription des malades, avec les fichiers d'observations. A gauche de ce couloir, on rencontre deux salles d'attente pour hommes et femmes, séparées de la salle médicale par un atrium divisé en six cabines de déshabillage. De là, les malades passent

dans la salle de consultations, qui est spacieuse et bien éclairée.

A droite, se trouve la salle de traitements où sont entreposés médicaments et matériel nécessaires aux thérapeutiques dermato-syphiligraphiques. C'est dans cette salle que se pratiquent toutes les injections médicamenteuses. Une autre chambre adjacente, avec deux lits permet aux malades de se reposer au cours des incidents que peuvent déterminer les injections intraveineuses.

Personnel. — Le personnel se compose d'un médecin assistant (non rétribué et nommé par le Gouverneur Général sur présentation du chef de service) ; de deux externes en médecine, d'un infirmier panseur et d'un infirmier de salle.

Consultations. — Mardi, jeudi, samedi à 8 heures

Soins. — Tous les jours de 5 heures à 11 heures du matin.

Les Méthodes d'Examen. — Les méthodes d'examen utilisées sont avant tout cliniques. Le malade, après s'être dévêtu partiellement dans le box qui lui est réservé se présente aux médecins, devant les étudiants assemblés. Les résultats de l'interrogatoire, de l'examen et du traitement sont consignés sur une fiche classée. Celle-ci est présentée à toute nouvelle visite du malade. Chaque fois qu'il est nécessaire, le diagnostic clinique est confirmé par un examen de laboratoire (sérologique ou ultra microscopique).

Jusqu'à ces derniers temps on ne pratiquait que les réactions de B W et de HECHT. Actuellement, avec le laboratoire du service les investigations humérales sont complétées par la recherche des réactions de floculation suivant la méthode syphilimétrique de Vernes.

Le traitement. — Le traitement découle du diagnostic établi par les examens cliniques et de laboratoire. Les préparations magistrales ordonnées par voie buccale, les liniments, pâtes, pommades, etc... sont distribués extemporanément dans le service. Autrefois les malades devaient se rendre à la pharmacie de l'hôpital où leur étaient distribués les médicaments prescrits. Quelque fois, les derniers consultants, examinés à midi se trouvaient ainsi dans l'obligation de revenir le soir ou le lendemain. Actuellement, l'organisation est telle que, dans le même pavillon, le malade est inscrit, examiné, traité et pourvu sur le champ des médicaments nécessaires.

Dans les dermatoses on utilise les injections sous-cutanées, intra musculaires, intra veineuses, de produits désensibilisants ou chimiotherapiques. On pratique aussi couramment les scarifications de Brocq et la phlébosclérose.

Tous les médicaments antiluétiques sont utilisés : (arsénicaux tri et pentavalents, bismuth, mercure, iodure), par des voies appropriées (intraveineuse, intramusculaire, sous cutanée, buccale, rectale, etc.) Rien n'est négligé pour mener à bien la lutte contre le tréponème.

La preuve de l'infection est en principe exigée,

avant l'institution de toute médication, qu'elle soit tirée de l'examen clinique, de l'investigation humorale ou de l'examen microscopique.

A chaque reprise de traitement de nouveaux examens sérologiques sont pratiqués. Dans certains cas l'examen du liquide céphalo-rachidien complète les recherches de laboratoire.

Les Résultats. — Les résultats obtenus sont des plus satisfaisants, et, pour s'en rendre compte, il suffit de considérer les chiffres donnés par le tableau suivant :

ANNÉES	EXAMENS		TRAITEMENTS	
	Sérologiques	Bactériologiques	Injectons Pansements	Applications therap. diverses
1923			2.359	4.731
1924	352	9	2.375	7.034
1925	705	39	3.655	10.392
1926	629	34	4.110	13.725
1927	672	22	5.013	18.293
1928	715	55	5.243	27.238
1929	638	85	5.365	23.240
1930	829	37	4.705	19.478
1931	693	78	4.110	21.336
1932	601	98	6.064	28.908

Critiques. — Nous tenons du professeur M. RAYNAUD les critiques suivantes qui pourraient s'adresser à son service, en ce qui concerne les crédits, le personnel et le matériel.

Les crédits

Les crédits sont loin d'avoir suivi la progression du nombre des consultants, des soins donnés et des médicaments distribués gratuitement.

Les produits antiluétiques sont fournis par le Gouvernement Général, mais, tous les autres médicaments sont délivrés par l'administration hospitalière qui possède, à cet effet un budget spécial sur lequel leur prix de revient est prélevé. Ce budget fut porté progressivement de 7.000 frs en 1922, à 16.000 frs en 1932 (non compris les 9.000 frs du budget de la consultation Lucien RAYNAUD). Cette somme est manifestement insuffisante en considération du nombre des malades traités, puisque les crédits ont à peine doublé alors que les consultants ont augmenté dans la proportion de 1 à 7 et que le prix de revient des médicaments s'est considérablement accru. Aussi devient-il nécessaire de réajuster les crédits aux besoins actuels de la consultation.

Le personnel

Il faudrait prévoir un budget unique sur lequel l'ensemble du personnel serait rétribué car, actuellement, alors que l'infirmier panseur est à la charge du Gouvernement Général, l'infirmier de salle est rétribué sur le budget de l'assistance publique.

D'autre part, le personnel actuel est insuffisant pour assurer tous les soins nécessaires si l'on veut que ceux-ci soient prodigués durant toute la journée et même dans la soirée après les heures de travail. La consultation du soir (entre 17 et 19 heures), en effet, s'impose dans un grand centre comme Alger. Tout ouvrier malade doit pouvoir être examiné et traité, après son travail. Un roulement dans les équipes d'infirmiers doit permettre d'assurer les soins

de 6 heures du matin à 8 heures du soir. Un interne et un externe rétribués pratiqueraient les injections intraveineuses et seconderaient le médecin chargé d'assurer le fonctionnement de cette consultation. Il serait également possible de multiplier les investigations sérologiques et en particulier de pratiquer les réactions dans le sérum avant et après les cures médicamenteuses.

Le matériel

Le matériel appartient en partie à l'hôpital et en partie à l'assistance publique.

D'autre part, il est utilisé, du moins en ce qui concerne les agents physiques, aussi bien pour les consultants que pour les malades hospitalisés. Il y a lieu de réformer cet état de choses.

Les locaux

Il faudrait enfin que les locaux puissent avoir une entrée sur la rue pour éviter aux malades la traversée de l'hôpital à toute heure de la journée. Cette amélioration peut être obtenue avec de très légères modifications des bâtiments actuels.

Unification des efforts de tous les organismes qui s'occupent de la lutte anti syphilitique.

Pour cela une entente, entre la consultation dermatosyphiligraphique de l'hôpital de Mustapha est nécessaire.

1° Avec les dispensaires d'Alger Nord, le centre de santé d'Alger Sud, la S.S.B.M., l'U.F.F., etc...

Actuellement les médecins assurant ces consultations ne peuvent éviter que des malades en fréquentent deux ou trois à la fois. Une entente entre les différents dispensaires permettrait de supprimer de pareils abus susceptibles de conduire à des dé-

sastres thérapeutiques, et faciliterait la confrontation des conjoints.

2° *Avec les services d'hygiène* de la ville (le dispensaire et le service des mœurs) pour essayer de lutter efficacement contre les foyers connus de l'infestation tréponémique.

3° *Avec les praticiens* qui sont appelés à donner leurs soins à certains malades contaminés à la même source que les clients d'hôpital.

Des assistantes sociales pour la syphiligraphie, deviendraient dès lors indispensables pour assurer la liaison entre les malades, les dispensaires et l'organisme central.

Tenant les fiches des malades à jour elles seraient un lien entre les centres de dépistage et de traitement. Elles limiteraient le contagement dans les familles, éviteraient bien des drames intimes et ramèneraient à la consultation les malades insuffisamment traités.

Intensification de la lutte antisypilitique.

C'est à ce centre que doit revenir la charge d'éduquer le public par des conférences, et de parfaire les connaissances des médecins dans la spécialité. On doit envisager actuellement une « semaine de la syphiligraphie » où les praticiens seraient appelés à donner leur opinion sur les moyens utilisés et les résultats obtenus dans leurs centres respectifs.

Ainsi la consultation de dermato-syphiligraphie,

CONSULTATION BRAULT

PAVILLON GUYON



Plaque V

La salle d'examen

CONSULTATION BRAULT

PAVILLON GUYON



Planche VII

La salle des lavages

CONSULTATION BRAULT

PAVILLON GUYON



Planche VIII

La salle d'endoscopie urinaire avec ses agents physiques

qui n'a cessé depuis 1921, de croître et d'utiliser des méthodes de diagnostic et de thérapeutique modernes, doit conserver son autonomie du point de vue des crédits, du personnel, du matériel et de l'enseignement pour poursuivre son but.

B) La consultation de la blennorragie

a) Le traitement de la blennorragie avant la création de la consultation de vénéréologie

Avant la création de la consultation de vénéréologie il n'existait à l'Hôpital de Mustapha aucun centre organisé pour la lutte contre la blennorragie. Désirant cependant nous documenter sur la manière dont était traitée cette affection nous nous sommes adressés aux médecins chargés d'assurer la consultation dermato-syphiligraphique car tous les malades atteints de gonococcie étaient auparavant dirigés sur cette consultation.

Voici ce que nous avons pu dégager des réponses qui nous furent faites :

Le médecin, chargé de la consultation dermato-syphiligraphique était trop occupé par les malades atteints d'affections cutanées ou syphilitiques pour pouvoir traiter dans de bonnes conditions ceux qui se présentaient avec une blennorragie. Il n'avait du reste à sa disposition aucune organisation lui permettant de mener à bien le traitement de cette affection.

Aussi la thérapeutique était-elle le plus souvent conduite par le personnel infirmier sans aucun contrôle médical.

Jamais il n'était pratiqué d'examen cyto-bactériologique de la sécrétion uréthrale ou des urines, pas plus au début de l'affection qu'au cours de son évolution et l'on affirmait aux malades qu'ils étaient guéris sur la seule constatation de l'arrêt de l'écoulement. Pseudo-guérison le plus souvent, car nombreux sont les porteurs de gonocoque qui, ne coulant plus se croient indemnes de blennorragie, infestent dès lors leurs partenaires et contribuent grandement à la dissémination de la gonococcie.

Au triple point de vue du traitement local, du traitement général, de la vérification de la guérison, des erreurs étaient fatalement commises et nombreuses étaient les complications observées.

b) La nécessité de créer un centre contre la blennorragie

La fréquence des complications de la blennorragie, le caractère de gravité qu'elles peuvent parfois revêtir, la nécessité par ailleurs d'enseigner aux étudiants les méthodes actuelles de diagnostic et de traitement de la gonococcie commandaient la création d'un centre de lutte contre la blennorragie.

Cette affection ne pouvait, plus longtemps à l'hôpital conserver une place aussi réduite que celle qui lui avait été jusqu'alors accordée. Certes, lorsque l'on parle du péril vénérien, on ne considère que la syphilis et c'est à peine si l'on songe à la blennorragie. Mais, comme le dit Janet; «la blennorragie est encore plus répandue que la syphilis ; mal

traitée, elle s'éternise, multiplie les contagions, conduit l'homme à la stérilité et produit chez la femme les lésions si fréquentes de l'utérus et des annexes, qui peuplent nos services de chirurgie ».

Il existe donc un péril blennorragique comme il existe un péril syphilitique et cette seule raison imposait déjà l'organisation d'une consultation de la blennorragie. Mais cette création trouve encore sa justification dans la nécessité d'enseigner aux étudiants comme il convient de diagnostiquer et de traiter la gonococcie car, malgré sa grande diffusion, cette maladie est une des plus mal connues et des plus mal traitées. Aussi l'enseignement théorique et pratique de cette branche de la vénéréologie est-il appelé à rendre les plus grands services aux étudiants et aux malades.

c) Le fonctionnement actuel de la Consultation de vénéréologie

La consultation de vénéréologie a pu être organisée il y a peu de temps grâce à des crédits spéciaux accordés à la clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées. Il a dès lors été possible d'améliorer l'état d'un pavillon qui existait déjà et de faire l'acquisition de tout le matériel nécessaire au fonctionnement de la consultation.

I. Les locaux - le matériel - le personnel

Ce pavillon qui porte le nom de Pavillon Guyon comprend trois salles :

Une salle de consultation ;

Une salle de lavage ;

Une salle réservée aux explorations et aux traitements endoscopiques.

La salle de consultation comprend des tables d'examens et toute l'instrumentation nécessaire à l'exploration complète des malades, tant du point de vue clinique que du point de vue du laboratoire.

La salle des lavages comprend d'une part une installation d'appareils de stérilisation d'eau permettant d'avoir à volonté de l'eau stérilisée chaude et froide afin de pouvoir régler facilement la température des lavages ; d'autre part, une série de bidets avec neuf bords laveurs muraux. Ces appareils éleveurs ne peuvent être portés par les malades au-delà d'une hauteur déterminée et ce, à seule fin d'éviter les pressions dangereuses au cours des auto-lavages.

La troisième salle comprend une table pour uréthroscopie ainsi que le matériel nécessaire aux examens et aux traitements endoscopiques.

Le personnel, chargé d'assurer ce service se compose d'un médecin spécialisé, d'un externe, d'un panseur et d'un infirmier. Les consultations ont lieu les : lundi, mercredi et vendredi, de 9 h. à 11 heure 1/2. Les soins sont prodigués tous les jours le matin de 6 heures à 12 heures, l'après midi de 13 heure 1/2 à 17 heures. Les dimanches et jours fériés les soins ne sont donnés que le matin.

2. Les méthodes d'examen et de traitement

Le diagnostic. — Tous les malades atteints d'urétrite aiguë ou chronique ou bien d'une complication de la blennorrhagie sont d'abord examinés du point de vue clinique. Il est

ensuite procédé à l'examen cyto-bactériologique de la sécrétion uréthrale, des filaments urinaires, ou du culot de centrifugation des urines. Dans certains cas l'exploration est complétée par l'endoscopie. C'est après tous ces examens que, pour chaque consultant est établie une fiche sur laquelle sont mentionnés le diagnostic précis concernant le siège et la nature des lésions ainsi que le traitement prescrit.

Le traitement. — Dans les cas d'urétrite aiguë, en dehors d'une médication générale telle que vaccinothérapie ou chimiothérapie, il est institué un traitement local qui, selon le siège des lésions gonococciques consiste en lavages de l'urètre antérieur ou en lavages urethrovésicaux au bock.

L'idéal eut été de confier à des assistants ou à des infirmiers l'exécution de ces lavages. Mais le nombre important des malades à traiter eut nécessité de très nombreux collaborateurs pour mener à bien pareille besogne.

Aussi, en raison de la pénurie de personnel a-t-on été amené à opter pour la méthode de traitement de la blennorragie par les auto-lavages. L'infirmier panseur du service enseigne aux nouveaux consultants comment il convient de pratiquer les auto-lavages et aussitôt que les malades, après quelques séances deviennent experts en la matière, la conduite du traitement local leur est confiée. L'infirmier n'a plus dès lors à exercer qu'un rôle de surveillance.

Certes, cette méthode est passible de critiques, mais, c'est la seule qui soit réalisable. Elle présente, du reste, le double avantage suivant : d'une part,

elle ne fait point perdre de temps aux malades qui n'ont guère à attendre leur tour de lavage puisqu'il est possible de traiter parallèlement neuf consultants, d'autre part elle leur permet de suivre leur traitement sous une direction médicale et avec un matériel stérilisé plutôt que de les pratiquer chez eux et dans des conditions déplorables.

Cette méthode donne d'ailleurs d'excellents résultats si l'on en juge par la rapidité avec laquelle la guérison des malades est obtenue et par le nombre infime de complications observées au cours de la blennorragie aiguë. Enfin, l'économie de personnel qu'elle permet de réaliser est d'autant plus nécessaire que le traitement des chroniques demande un travail long et minutieux que, seuls des médecins, des étudiants déjà instruits ou des panseurs spécialisés peuvent mettre en œuvre ; massages de prostate, dilatation de l'urètre, petites interventions chirurgicales d'uro-vénéréologie, emploi des agents physiques, sont autant de méthodes thérapeutiques qui prennent tout le temps du personnel, actuellement employé au service de la consultation de vénéréologie. On peut même dire qu'en raison de l'affluence de plus en plus grande des malades, ce personnel ne suffit plus à assurer la bonne marche de cette consultation.

3. L'enseignement

Grâce au nombre important de malades qui se présentent à cette consultation, les étudiants ont la possibilité de voir défiler sous leurs yeux toutes les formes cliniques et la plupart des complications de la blennorragie. Ainsi, en dehors des leçons théoriques, qui sont faites dans le service, il existe un

enseignement pratique qui se trouve réalisé tous les jours à l'occasion de l'examen de chaque consultant. Le médecin chargé de la consultation expose aux étudiants les méthodes d'exploration qui permettent d'aboutir au diagnostic clinique, anatomique, bactériologique de la blennorragie et de ses complications. Il leur enseigne la technique des manœuvres thérapeutiques telles que grands lavages uréthrovésicaux, instillations, massages de prostate, dilatation du canal et autres méthodes de traitement couramment employées en vénéréologie. Aussi peut-on dire que tout étudiant qui a suivi régulièrement la consultation a eu non seulement l'avantage de se documenter du point de vue théorique sur la blennorragie, mais encore celui d'apprendre la technique thérapeutique en appliquant lui-même les traitements chez les malades dont on lui a confié la charge.

4. Les résultats

Tel est le fonctionnement actuel de la consultation de la blennorragie. Il s'agit là d'une création particulièrement utile puisqu'elle permet de traiter dans de bonnes conditions un grand nombre de malades, qui, de ce fait se trouvent à l'abri de complications souvent très graves.

Elle permet en outre d'assurer aux étudiants un enseignement théorique et pratique de cette branche de la vénéréologie ; c'est là une œuvre qu'il était indispensable de réaliser.

Avant l'affectation du pavillon GUYON au traitement de la blennorragie et de ses complications, les statistiques du service étaient établies d'une manière globale, comprenant ainsi et les syphilitiques et les

blennorragiques. C'est depuis 1932 qu'il a été possible d'établir séparément les chiffres correspondant au nombre de consultations et de soins donnés. Nous en citons quelques uns pour montrer l'extension prise par cette consultation :

Années	Nombre de Consultants	Nombre de soins prodigués
<i>Avant la création de la consultation de vénéréologie</i>		
1924	137	(par les infirm. sans contrôle médical)
1925	87	Chiffres impossibles à préciser parce-
1926	123	que les statistiques établies jusqu'en 1932
1927	161	correspondent aux soins prodigués tant
1928	191	aux syphilitiques qu'aux blennorragiques.
1929	326	
<i>Après la création de la consultation de vénéréologie</i>		
1932	2.279	26.932

Les résultats obtenus sont donc particulièrement encourageants. Ils incitent à amplifier encore la lutte contre la blennorragie et la création du pavillon GUYON ne doit être considérée que comme une partie d'un programme plus vaste, plus complet qu'il serait souhaitable de réaliser.

**d) La nécessité d'amplifier la lutte
contre la blennorragie**

**1. Augmentation du personnel de la consultation
de vénéréologie**

La consultation ne fonctionne actuellement que trois jours par semaine, les soins y sont prodigués tous les jours, mais, bientôt les consultations seront quotidiennes et de ce fait le travail du personnel sera notablement augmenté.

Déjà celui-ci arrive difficilement à assurer sa tâche. L'examen des malades, la surveillance du traitement des aigus, l'application des diverses thérapeutiques chez les chroniques, enfin, l'entretien des locaux et du matériel nécessite un travail considérable. Le médecin assistant chargé de la consultation n'est secondé que par deux externes, un panseur et un infirmier. Il est bien évident qu'il faudrait augmenter le personnel au moins d'un panseur.

Il suffit de songer qu'en moyenne une centaine de malades viennent chaque jour y recevoir des soins pour comprendre la nécessité de cette augmentation de personnel.

**2. Création d'un centre de lutte contre la blennorragie
de la femme**

Mais la lutte contre la gonococcie ne doit pas se limiter au seul traitement de la blennorragie masculine, il importe également de combattre la blennorragie de la femme, d'autant plus que ce deuxième réservoir de virus est encore plus difficile à stériliser que le premier.

Tandis qu'il est possible de confier à l'homme la pratique des lavages, chez la femme le traitement ne peut être appliqué que par un médecin, ou par des infirmiers.

Certes, les femmes peuvent elles-mêmes désinfecter leur vagin ; c'est ainsi du reste que le plus souvent les blennorragiques se traitent, mais combien peu efficace se trouve être l'injection vaginale, lorsque le gonocoque s'est cantonné dans l'uréthre, dans une glande de Skène, ou dans une glande de Bartholin. Que de femmes se voient délivrer des certificats de bonne santé parce qu'elles présentent un col rose et propre alors qu'en réalité elles sont infestées par le gonocoque et qu'elles ont besoin de soins. Le contrôle bactériologique qui est si rarement pratiqué est cependant une règle à ne pas méconnaître en matière de blennorragie féminine. Il faut chercher le gonocoque partout où il peut être afin de pouvoir le déloger ; aussi le diagnostic clinique, bactériologique et le traitement de la blennorragie chez la femme demanderait-il un travail très minutieux, quotidien, régulier, que, seul un personnel médical peut mettre en œuvre.

Il faut donc organiser un centre de lutte contre la blennorragie de la femme. Il est facile du reste de régler les modalités de cette organisation qui, combinée à celle de la lutte contre la blennorragie de l'homme réussira à diminuer sinon à annihiler les méfaits du gonocoque.

3. Le péril blennorragique

Il n'est pas exagéré en effet d'écrire que la blennorragie constitue un véritable danger pour l'individu, pour la famille, pour la société. Que de lits

d'hôpital sont immobilisés par des malades, hommes ou femmes, présentant une complication de cette affection.

Dans les services de spécialité ce sont de très nombreux cas d'orchyépidydimites, de prostatites et d'arthrites gonococciques, toujours très longues à guérir ; dans les salles d'ophtalmologie ce sont des malheureux qui, atteints d'ophtalmie purulente sont souvent voués à la cécité ; enfin dans les services de chirurgie, on voit chaque jour entrer des femmes atteintes de métrites ou de salpingites en rapport direct avec le gonocoque.

Comme l'écrit JANET :

« Quelques blennorragiques bien traités représentent un important contingent de naissances. Façons la guerre au gonocoque. Son importance au point de vue social est au moins égale à celle du spirochète et du bacille de Koch. Son action stérilisante sur l'homme, et surtout sur la femme en fait un des principaux agents de la dépopulation. On a le grand tort de considérer la blennorragie comme une maladie bénigne par laquelle tout le monde doit passer ; on oublie trop souvent les redoutables complications auxquelles elle peut conduire, qui empoisonnent bien des existences et qui, trop souvent en suppriment.

.....

« Pour la femme ses méfaits ne se comptent pas. Les trois quarts des affections gynécologiques en proviennent. De grosses complications immédiates, plus tard, la vie sur la chaise longue, plus tard encore, l'extirpation des annexes malades,

« la stérilité, quelques fois la mort : tel est l'ave-
« nir de bien des femmes infectées si elles ne re-
« çoivent pas les soins nécessaires au début de la
« maladie.

.....

« Une bonne thérapeutique peut éclaircir ce
« sombre tableau ; bien traitée la blennorrhagie
« peut devenir l'affection bénigne dont parlent les
« jeunes gens ; mais, pour mener à bien cette théra-
« peutique efficace, il faut connaître à fond le go-
« nocoque et ses habitats, le poursuivre avec ardeur
« et constance, et n'abandonner la lutte que lors-
« qu'on a la certitude d'une guérison définitive »

La création de la consultation de la blennorrhagie chez l'homme constitue la première étape de la lutte contre le gonocoque. Il serait souhaitable de l'encourager en augmentant son personnel et de la compléter en organisant une consultation de la blennorrhagie chez la femme.

C) Le Service de la Teigne

La teigne est une affection très commune en Algérie puisque dans la région du Sud près de la moitié de la population est atteinte de trichomycose.

Autrefois, les militaires refusaient au Conseil de révision les conscrits atteints d'affection du cuir chevelu. Depuis peu de temps ils peuvent récupérer tous ces teigneux qu'ils incorporent dans des compagnies spéciales. Grâce aux techniques thérapeutiques modernes, ces malades reçoivent ainsi, en même temps que leur instruction militaire, les soins nécessaires à leur guérison.

Au sein de la population civile, les pouvoirs publics ont entrepris une lutte progressive contre la teigne, et les moyens thérapeutiques utilisés se sont modifiés progressivement avec les acquisitions récentes de la science.

A l'origine, l'hôpital civil de Mustapha possédait un « pavillon des isolés », organisé pour recevoir les enfants atteints de teignes du cuir chevelu. L'épilation se faisait à la pince. Avec beaucoup de patience, les infirmières et la sœur du service n'aboutissaient à la guérison qu'après deux années d'hospitalisation.

Avec la découverte des propriétés épilantes des rayons X on utilisa un appareil de d'Arsonval, peu maniable et donnant des résultats médiocres ; on

trouvait sur une même tête des zones parfaitement épilées avec, en bordure, des cheveux résistants très souvent malades, qui ne disparaissaient que grâce à un travail manuel à la pince. Il persistait parfois aussi des plaques d'alopecies définitives par radiodermites.

1. Locaux

Dans le plan d'organisation de son service, le professeur M. Raynaud réunissait dans un même bâtiment la consultation de dermato syphiligraphie et celle de la teigne. Il réservait à cette dernière, tout le rez-de-chaussée : c'est le pavillon Sabouraud.

Celle-ci comprend une salle d'attente, une salle d'archives, un petit laboratoire permettant l'étude microscopique des cheveux parasités, et enfin, une grande salle où est installé l'appareil de radiothérapie. Ce matériel suffit aux nécessités actuelles.

2. Personnel

Le personnel est composé d'un médecin, ancien chef de laboratoire, comme chef de secteur, d'une préparatrice et d'une infirmière.

Cette consultation est alimentée par :

1° La consultation BRAULT et les salles Ricord, Rollet et Leloir ;

2° La salle des isolés (ancien service du Docteur Lucien RAYNAUD) ;

3° Les consultations municipales ;

4° Les œuvres privées (U.F.F., S.S.B.M., etc...)

5° Les services de colonisation.

3. Les méthodes d'examens

Le diagnostic est avant tout clinique. Cependant d'une manière systématique, les cheveux sont examinés au microscope pour reconnaître le genre du champignon en cause. Dans les cas douteux, on pratique la culture de ce parasite.

4. Le traitement

Le diagnostic étant bien précisé, les malades reçoivent les indications nécessaires pour se mettre en état de recevoir leur traitement. Sur rendez-vous et au jour fixé, le malade se présente avec un cuir chevelu bien décapé (surtout pour les faviques).

Celui-ci est irradié selon la méthode de Kienbock-Adamson comme dans le service du Dr. SABOURAUD. Distance anticathode-peau=16 cm. teinte B. de la pastille SABOURAUD Noiré. La dose est de 5H. par champ. La chute des cheveux se fait dès le 16ème jour. On termine à la pince l'épilation en ayant soin de maintenir 2 mois au moins le cuir chevelu complètement glâbre. Les médicaments sont fournis gratuitement aux consultants.

5. Les résultats

Les résultats obtenus sont des plus heureux : jamais de radiodermites, jamais d'alopécies définitives. Seules sont à noter de très rares réactions épidermo-dermiques.

Le tableau suivant donne une idée du nombre de malades traités depuis 1925.

ANNÉES	CONSULTATIONS	TRAITEMENTS
1925	186	172
14/3 au 31/12		
1926	264	181
1927	260	253
1928	315	234
1929	295	241
1930	353	350 } R = 176 AT = 174
1931	395	348 } R = 344 AT = 4
1932	451	410 } R = 402 AT = 8

R = Radiothérapie A T = Acétate de Thallium

Mais ce service du traitement de la teigne ne saurait avoir la prétention de traiter tous les teigneux dispersés sur le territoire algérien. Il faudrait envisager la création de centres secondaires.

Dès 1927, lors du congrès pour l'avancement des sciences la question de la teigne en Algérie a été longuement étudiée et discutée par le Dr. MIRAMONT de la Roquette, alors Président de la section de radiologie médicale. D'accord avec les différents rapporteurs de ce sujet, il émit le vœu que la lutte antiteigneuse en Afrique du Nord fût entreprise par les pouvoirs publics.

« Malgré les difficultés pratiques à prévoir, il est possible et nécessaire, disait-il, de réduire les foyers de contagion, d'organiser le dépistage des malades et leur traitement en série sur différents points du territoire ».

Le vœu envisageait également la création d'une commission d'étude administrative technique. Il

fut adopté par la XII section le 14 avril 1927 et ratifié par l'Assemblée Générale du Congrès, le 16 avril suivant, mais, ne reçut aucune suite.

Il ne faut pas se dissimuler les difficultés de la tâche à accomplir qui est des plus compliquées. La dépilation n'est qu'un épisode du traitement. La guérison est en effet fonction des soins donnés aux malades et relève d'une surveillance rigoureuse. Organiser la lutte anti-teigneuse n'est donc pas seulement prévoir la création de nombreux centres radiothérapiques fixes et de postes mobiles mais aussi envisager les moyens de confier le malade épilé jusqu'à la repousse, à un personnel entraîné et éduqué dans ce but.

Le traitement radiothérapique effectué, que deviendront ces malades indigènes, pour la plupart ignorants et peu soucieux de l'hygiène, avec un cuir chevelu sensibilisé par le traitement, diminué dans sa défense et devenu un véritable récepteur ouvert à toutes les infections ?

Pratiquement il est impossible de séparer l'épilation des soins ultérieurs. Les réactions chez les malades non suivis ou mal soignés sont la règle. De la maladie à la période d'état, jusqu'à la guérison, le malade doit rester sous le contrôle du service anti-teigneux, si l'on veut aboutir à un résultat satisfaisant. A l'hôpital civil de Mustapha, dans le service du professeur RAYNAUD, fonctionne un organisme monobloc, où se trouvent réalisés traitement et soins. Ce sont de semblables organisations qu'il faudrait créer et multiplier, pour réduire petit à petit les foyers teigneux.

Le rendement est cependant faible en raison du temps exigé par le traitement radiologique, l'irradiation demandant 1 heure par malade.

Depuis 1930, pour l'améliorer, le service a mis en expérimentation l'acétate de Thallium et dès les premiers mois, 90 malades étaient traités par ce procédé.

L'épilation se fait d'une manière comparable à celle obtenue par les rayons X avec les avantages suivants :

Rapidité dûe à l'administration instantanée de la dose épilante rendant le nombre des malades traités pratiquement illimité en raison de la suppression de tout appareillage.

Uniformité de chute des cheveux ;

Absence de réaction secondaire locale ;

Economie de matériel, de personnel, d'électricité ;

Repousse totale et vigoureuse des cheveux ;

Inutilité de préparation de la tête du malade avant l'épilation.

Les inconvénients se sont révélés minimes et le service n'a pas enregistré d'accidents graves en dehors de quelques douleurs rhumatoïdes n'ayant jamais entravé la marche du traitement, de quelques troubles dyspeptiques, et de quelques céphalées sans importance.

Les récurrences sont cependant plus fréquentes qu'avec les rayons X en raison de la repousse plus rapide des cheveux. Mais, là encore, le contrôle rigoureux jusqu'à complète guérison doit faire disparaître cet inconvénient. La réalisation du traitement post opératoire permettra de juger définitivement de la valeur de ce procédé, qui s'est montré parfaitement efficace dans les cas où les malades ont été surveillés par un personnel compétent.

Le service anti-teigneux d'Alger a eu aussi l'oc-

casion de traiter par l'acétate de Thallium un certain nombre de malades à distance. Dans un hôpital des environs d'Alger, une épidémie de teigne s'est déclarée et il y eut une trentaine de malades environ. Devant l'impossibilité de procéder à leur évacuation sur l'hôpital de Mustapha, ils furent traités sur place. Le personnel non spécialisé de cet établissement ne pouvant assurer un traitement complet avec compétence, il y eut quelques récidives. Mais, cette expérience eut l'avantage de faire connaître la souplesse, la simplicité et l'efficacité de cette méthode dont le succès s'affirmera plus encore quand médecins et infirmiers, seront rompus avec ce procédé et auront compris l'utilité des soins post opératoires.

Dans la grande lutte à entreprendre, l'emploi de l'acétate de Thallium prévaudra peut-être ; les expériences auxquelles se livrent actuellement le service en décideront.

Ainsi, du point de vue technique la connaissance des méthodes modernes, sont des plus intéressantes à vulgariser.

La radiothérapie est, jusqu'à ce jour, le procédé sûr ayant fait ses preuves, mais il a le gros inconvénient de demander une préparation spéciale du cuir chevelu, de nécessiter un centre organisé et d'être trop onéreux. Si l'hôpital n'exige que 190 frs. pour l'épilation d'un malade il n'en reste pas moins vrai qu'avec les soins post épilatoires une hospitalisation de 2 mois est nécessaire. Les frais engagés sont donc de plus de 2.000 francs par tête.

Avec l'acétate de Thallium, la dépilation revient à 1 franc seulement au lieu de 190 fr., et sans grosses dépenses, les communes pourraient être en mesure

de traiter sur place tous les petits teigneux qui auront été dépistés surtout, si médecins et infirmiers sont aptes à prodiguer dans l'intérieur les soins post-opératoires.

D'ailleurs, si les expériences en cours aboutissent aux résultats espérés il sera possible d'entreprendre une véritable croisade contre toutes les trychomycoses avec le Thallium qui semble être le procédé de choix de notre terre d'Afrique, pays de grands espaces, et de moyens de communication difficiles.

Ainsi, aussi bien par les expériences entreprises, que par les résultats encourageants déjà obtenus, la consultation des maladies du cuir chevelu est appelée, avec l'aide des pouvoirs publics, à prendre une grande extension. Etant le seul organisme qui s'occupe du traitement de la teigne dans le département d'Alger, c'est de son bon fonctionnement et surtout de la perfection de son outillage que dépendra, en grande partie, le sort de la lutte entreprise contre cette affection dans la colonie.

D) Les Agents physiques

Les agents physiques sont annexés à la consultation dermato-syphiligraphique. Grâce au concours financier de l'Administration il a été effectué l'achat du matériel de première utilité : cryocautère de Lortat Jacob, avec ses obus de gaz carbonique ; appareil de Gaiffe, etc...

Infra rouges, ultra violets, radiothérapie, diathermie, effluations, diathermo-coagulation ; tout est mis en œuvre à la consultation du jeudi matin par le médecin assistant qui, à chaque cas, juge de l'opportunité du moyen à utiliser et en fait lui même l'application.

Avec les soins prodigués également le mardi, et le samedi, le total de ces applications est en moyenne de 1.500, par an.

L'Hospitalisation

L'Hospitalisation

Le service d'hospitalisation complète heureusement la consultation-dispensaire de la clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.

Les malades graves, les impotents, les contagieux et tous les cas complexes, nécessitant, pour le diagnostic de nombreuses recherches de laboratoire, et pour le traitement des précautions spéciales, sont hospitalisés.

Les Locaux. — Le service est actuellement divisé en deux parties :

a) l'une affectée aux maladies dermato syphilitiques, ainsi qu'à la blennorrhagie et ses complications, est située dans trois pavillons différents.

Pour les hommes, salle Ricord ; Salle Rollet ; 51 lits.

Pour les femmes : Salle Leloir, 13 lits.

d) l'autre est réservée aux affections des pays chauds avec :

Pour les hommes : Salle Hardy, 31 lits ;

Pour les femmes : Salle Diday, 18 lits.

Les teigneux sont hospitalisés dans le Pavillon des Isolés qui comporte 31 lits (ancien service du Dr Lucien RAYNAUD, rattaché provisoirement au service de la Clinique).

Le personnel. — comprend le Professeur, chef de service, un chef de clinique, un chef de clinique adjoint, deux internes, et six externes en médecine.

Dans chaque salle la partie administrative est assurée par une religieuse, les soins sont prodigués par un infirmier panseur et des garçons de salle.

Actuellement, pour les petites interventions courantes de dermato-vénéréologie, pour les lavages uréthro-vésicaux et pour l'endoscopie urinaire, on utilise les locaux et le matériel des consultations. Il serait plus logique de considérer le service d'hospitalisation comme un organisme autonome tant du point de vue du personnel que de celui des locaux et du matériel.

Il faut enfin, pour diminuer la perte de temps que cause au personnel médical la dispersion des pavillons d'hospitalisation rapprocher la salle Le-loir et le Pavillon des Isolés du groupe des salles Hardy, Ricord, Kollet.

Ainsi, avec les quelques améliorations envisagées, le service d'hospitalisation de la Clinique des maladies des Pays Chauds et des maladies syphilitiques et cutanées, assurera d'une façon très satisfaisante, les soins nécessaires aux malades qui ne peuvent suivre les consultations externes.

Le Laboratoire

Le Laboratoire

La clinique des maladies cutanées, syphilitiques et des maladies des pays chauds, possède un vaste laboratoire qui comprend deux grandes pièces avec chambre noire pour ultra-microscope et tout l'outillage moderne nécessaire.

Personnel. — Le personnel se compose d'un médecin chef de laboratoire (ancien élève de l'Institut Pasteur de Paris), d'un interne en pharmacie, comme laborantin bénévole, et d'un garçon de laboratoire.

A côté des examens faits couramment, à savoir : examens bactériologiques avec cultures et inoculations aux animaux, examens chimiques du sang, des crachats, des exudats, on s'occupe tout particulièrement dans le service des examens se rapportant aux maladies cutanées, aux maladies vénériennes et aux maladies des pays chauds.

Les mycoses sont étudiées par examen direct du pus, des squames, des cheveux, des poils et par culture sur milieux appropriés. La recherche des parasites cutanés et pileux est pratiquée quand la nécessité s'impose.

Pour tout malade présentant un écoulement urétral, il est fait un examen microscopique de sa sécrétion et de ses urines, (filaments et culot de cen-

trifugation). Ces examens sont répétés à plusieurs reprises au cours du traitement et après la guérison clinique.

La recherche du tréponème à l'ultra microscope est pratiquée pour tous les malades porteurs d'un chancre et au besoin s'il y a lieu on fait une ponction ganglionnaire. La syphilis, une fois décelée, soit par la présence du tréponème, soit par les réactions sérologiques du sang (BW, Hecht, Vernes), le malade est suivi au cours de son traitement selon la syphilimétrie, grâce à la réaction de Vernes au Péréthylol faite dans le sang à chaque changement de traitement et dans le liquide céphalo-rachidien, tous les six mois. Sur le liquide céphalo-rachidien, on pratique en même temps que la réaction de Vernes, les réactions du B W, du benjoin colloïdal, l'étude de la cytologie et le dosage de l'albumine.

Parmi les maladies des pays chauds, la plus répandue en Algérie est sans conteste le Paludisme. Aussi le service et le laboratoire se sont-ils attachés à l'étude de cette affection. Tout paludéen reconnu est soumis au traitement (quinine, plasmochine, quinoplasmine et atébrine) sous le contrôle du laboratoire. Tous les jours, un étalement de sang et une goutte épaisse sont examinés, et une fois par semaine est pratiquée dans le sérum la réaction d'Henry (mélano floculation). En outre, une souche de *Plasmodium Malariae* a été isolée dans le service et sert à impaluder les paralytiques généraux et les tabétiques. Les inoculations faites ont donné dans certains cas des résultats tout à fait satisfaisants.

Enfin, tout malade présentant des troubles intes-

tinaux est soumis à des examens de selles répétés afin de rechercher et d'identifier le parasite en cause.

Ce laboratoire, à donc pour but :

1° de pratiquer tous les examens nécessaires aux malades hospitalisés et aux consultants ;

2° de compléter et de confirmer les recherches faites dans les différents services de la clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.

3° d'être un centre d'études techniques dans le domaine des maladies des pays chauds et des maladies vénériennes.

A ce sujet, un laborantin est nécessaire afin d'assurer le travail courant et laisser au chef de laboratoire plus de latitude dans les recherches scientifiques.

Il semble également, que ce soit à ce centre que revienne le soin de l'étude et des recherches sérologiques concernant la spécialité et les maladies des pays chauds.

Clinique des maladies des pays chauds
et des maladies syphilitiques et cutanées



Une salle du laboratoire

L'Enseignement

L'Enseignement

L'enseignement donné à la clinique dermato-sylographique s'adresse aux étudiants, aux élèves de l'Institut d'Hygiène et de Médecine Coloniale, aux médecins de colonisation.

Il est à la fois théorique et pratique. Des leçons cliniques ou des présentations de malades sont faites, trois fois par semaine par le professeur ou l'un de ses collaborateurs. Par ailleurs, un enseignement quotidien est donné au lit du malade, au cours des visites dans les salles du service.

Aux consultations externes, des causeries sont faites à l'occasion de l'examen des malades par le médecin assistant. Celui-ci attire l'attention sur les lésions relevant de la spécialité et insiste sur toutes les particularités intéressantes à retenir. Il interroge le malade, procède à l'examen clinique et analyse minutieusement les symptômes. De ceux-ci il retient ceux qui sont nécessaires au diagnostic.

Ce diagnostic est longuement discuté, les indications thérapeutiques sont établies et le traitement prescrit clairement exposé. Un tableau portant, détaillées toutes les préparations utilisées donne à l'étudiant un répertoire suffisant pour la pratique journalière.

Cet enseignement, très vivant, est des plus utiles pour les futurs praticiens qui assistent ainsi aux

étapes de l'examen et du diagnostic, se rendent compte des hésitations cliniques, de l'aide que le laboratoire peut apporter et peuvent juger des résultats de la thérapeutique instituée.

Aussi viennent-ils de plus en plus nombreux assister aux visites des salles et aux différentes consultations.

Indépendamment de l'enseignement élémentaire dispensé aux étudiants en médecine faisant leur stage de spécialité, des leçons sont faites, en outre aux élèves de l'Institut d'Hygiène et de Médecine Coloniale, et aux médecins de colonisation.

L'enseignement de Médecine Coloniale comprend chaque année une dizaine de leçons portant surtout sur des sujets de pathologie exotique ou nord-africaine.

Quant au cours de perfectionnement des médecins de colonisation (de l'avis du chef de service), il comprend un programme beaucoup trop chargé.

On exige, de ces médecins, en trois semaines, une révision à peu près complète de toute la médecine et de ses spécialités — aussi la dermatovénéréologie n'y peut-elle tenir qu'une place trop réduite.

Au lieu de ce cours de perfectionnement polyvalent, il vaudrait peut-être mieux organiser des cours spécialisés pour lesquels s'inscriront les médecins qui veulent parfaire leur éducation pratique sur telle ou telle spécialité et être mis au courant des derniers perfectionnements de la technique, du diagnostic et du traitement.

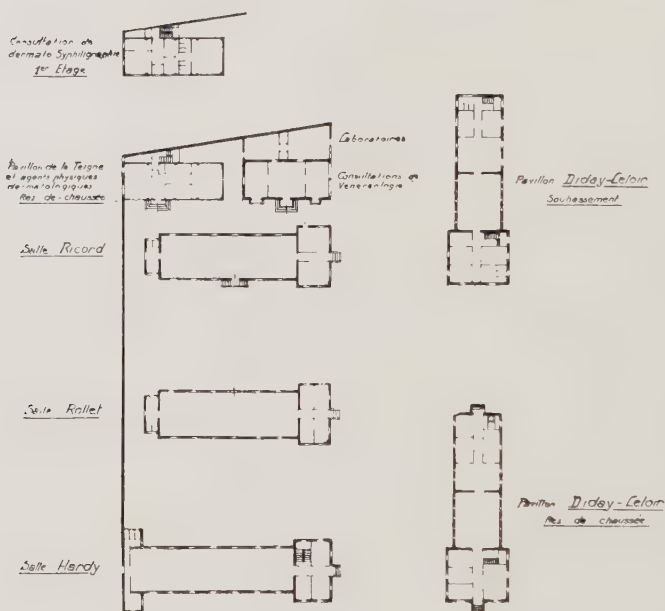
Ainsi pourrait être organisée, en ce qui concerne la dermatovénéréologie une « quinzaine de spé-

cialité ». — Au cours de ces deux semaines, il serait fait un certain nombre de leçons, d'ordre éminemment pratique, avec ou sans présentations de malades, sur des sujets intéressant la spécialité.

Enfin, il serait utile d'étendre cet enseignement spécialisé, avec les modalités adéquates, à tout le personnel médical subalterne : assistantes sociales, auxiliaires médicaux, infirmiers panseurs.

L'enseignement de la spécialité dermato-vénéréologique ainsi amplifié, étendu d'une part au personnel médical subalterne, largement dispensé, d'autre part, à tous les praticiens, permettrait d'intensifier et d'unifier l'action médicale dans la lutte antivénérienne.

SERVICE de M^d le PROFESSEUR RAYNAUD



Plan général du service de la clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées

Conclusions

Tel est le rôle que la Clinique des Maladies des Pays Chauds et des maladies syphilitiques et cutanées joue dans la lutte contre le Péril Vénérien en Algérie.

Ce rôle, elle le remplit, grâce au fonctionnement de la Consultation BRAULT qui représente le dispensaire d'Alger centre, avec ses trois secteurs : pavillon FOURNIER, pour le traitement des affections dermatosyphiligraphiques, pavillon GUYON pour le traitement de la blennorragie et de ses complications, pavillon SABOURAUD, pour le traitement des teignes du cuir chevelu.

Certes, l'intensité de son fonctionnement, et l'affluence toujours croissante de sa clientèle, nécessiteront dans un avenir rapproché quelques améliorations si l'on veut que ce centre demeure une consultation modèle parfaitement outillée. Centre modèle de consultation, le service dermatosyphiligraphique est encore un centre d'hospitalisation, un centre de recherches scientifiques, un centre enfin d'enseignement ; toutes choses qui en font un service possédant les moyens de mener à bien le rôle qui lui est dévolu dans la lutte contre le Péril Vénérien.

Table des matières

I. INTRODUCTION.	page 11
II. LA CONSULTATION-DISPENSAIRE.	23
A) La consultation dermato-syphiligraphique.	24
a) Les locaux, le matériel, le personnel.	
b) Les méthodes d'examen et de traitement.	
c) Les résultats.	
d) Les desideratas.	
B) La consultation de la blennorragie.	34
a) Le traitement de la blennorragie avant la création de la consultation de vénéréo- logie.	
b) Nécessité de créer un centre contre la blennorragie.	
c) Fonctionnement actuel de la consultation de vénéréologie.	
d) Nécessité d'amplifier la lutte contre la blennorragie.	
C) La Consultation du cuir chevelu.	46
a) Les locaux, le matériel, le personnel.	
b) Les méthodes d'examens.	
c) Les résultats.	
d) Les desideratas.	
D) Les agents physiques.	54
III. L'HOSPITALISATION.	57
IV. LE LABORATOIRE.	61
V. L'ENSEIGNEMENT.	67
CONCLUSIONS.	73

Lu et approuvé.

Le Président de Thèse :

M. RAYNAUD

Vu : le Doyen :

E. LEBLANC

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 23 Mars 1933

Pour le Recteur :

*Le Vice-Président du Conseil de
l'Université.*

ROUYER

